

El shock cardiogénico que llega a ECMO venoarterial: perfil clínico y hemodinámico en la práctica real

Diana Blanco López(1), Nabil El Ouaddi Azzaytouni(1), Marta Cosano Bofill(1), Silvia Páez Martínez(1), Albert Ariza Solé(2), Elena Collado Lledó(1), Pablo Pastor Pueyo(3), Daniel Casquete Sánchez(1), Jaime Aboal Viñas(4), Irene Buera Surribas(5), Alessandro Sionis Green(6), Rut Andrea Riba(7), Claudia Scardino(8), Ferrán Rueda Sobella(1) y Cosme García García(1) de (1)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (2)Hospital Universitari de Bellvitge, L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (3)Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (4)Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Girona - España, (5)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (6)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (7)Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España y (8)Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España

Introducción: La ECMO venoarterial se ha consolidado como soporte en el shock cardiogénico refractario, pero los criterios clínicos que definen al paciente que finalmente recibe este tratamiento en la práctica real no están bien establecidos. El objetivo de este estudio es caracterizar el perfil clínico y hemodinámico de los pacientes con shock cardiogénico tratados con ECMO venoarterial e identificar las variables asociadas a su utilización.

Métodos: Subanálisis de la cohorte prospectiva multicéntrica Shock-CAT. Se compararon las características basales de los pacientes según el uso de ECMO venoarterial. Se construyeron modelos de regresión logística para identificar variables asociadas a su implantación.

Resultados: Se incluyeron 374 pacientes, de los cuales 36 (9,6 %) recibieron ECMO venoarterial. Los pacientes tratados con ECMO presentaban un perfil claramente diferenciado: eran más jóvenes, con peor situación hemodinámica, mayor disfunción ventricular y marcada hipoperfusión. La gravedad se reflejaba en una elevada proporción de estadio SCAI D o E (91,7 %) e INTERMACS 1–2 (86,1 %), así como en la necesidad prácticamente universal de ventilación mecánica invasiva. En el análisis multivariable, el estadio SCAI D o E se asoció de manera robusta con el uso de ECMO (OR 19,7; p<0,001), y una menor edad también se asoció de forma independiente a su utilización (OR 0,97; p=0,022).

Conclusiones: Los pacientes que reciben soporte con ECMO venoarterial constituyen un subgrupo extremo dentro del shock cardiogénico, caracterizado por una gravedad hemodinámica marcada desde la presentación. El estadio SCAI avanzado emerge como el principal factor asociado al uso de ECMO, mientras que la edad probablemente refleja un proceso de selección terapéutica.